

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

236
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Robert, François, Jean GUILLOT

Né le 1^{er} Août 1926 à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)

présentée et soutenue publiquement le

**LES HEMOTYMPANS IDIOPATHIQUES
ETUDE PATHOLOGIQUE
ET THERAPEUTIQUE**

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Robert, François, Jean GUILLOT

né le 1er août 1926 à Clermont-Ferrand
(Puy-de-Dôme)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-



LES HEMOTYMPANS IDIOPATHIQUES.
ETUDE PATHOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE

-:-

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
 CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
 GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
 HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
 LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
 MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
 TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu MENEGAUX
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUENU
	Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY
	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.	Pat. chir.	{ DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	{ Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat.expéri- ment.	{ MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM
Bactério- logie	{ CHRISTOL NEVOT	Path.Med.	{ POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH
Biol. Méd.	BOURLIERE	Pharmacol.	Melle LEVY
Chimie méd.	{ ETTORI POLONOVSKI J.	Physiol.	{ BARGETON DEJOURS PARROT
Dermato-syph.	DUPERRAT	Physique	{ DJOURNO Médicale } { GOUGEROT
Embryologie	TUCHMANN	Pneumo-phtis.	KREIS
Histologie	{ COUJARD N.	Psychiatrie	{ BARUK PICHOT
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	{ BOYER DEPARIS		
Mal.infect.	BASTIN		
Médecine	{ DEROBERT GAULTIER HADENGUE		
légale et du Trav.)	{ HADENGUE		
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE		
Obstétrique	{ GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Ophtal- mologie	{ BREGEAT DESVIGNES		
Orthopédie	JUDET		
Oto-rhino- laryngol.	{ AUBRY MADURO		
Parasito.	FRUMPT		
Parasito.col.	CHABAUD		
Pat. chir.	{ ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX		

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

Clin.Chir. { AMELINE
 { HUGUIER
 { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie..... N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 Bibliothécaires..... LE NOIR
 LAURENT
 QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Père

A ma Mère

En hommage de ma très grande
affection et de ma profonde
reconnaissance.

A tous les miens

A mon ami Guy POINAS

Il m' a fait profiter de
ses connaissances littéraires
et grammaticales au cours de
ce travail.

Témoignage d'amitié.

A mes Amis

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur André AUBIN

Professeur de la Chaire d'Oto-Rhino-
Laryngologie de la Faculté de Médecine
de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a dispensé avec bien-
veillance ses conseils pendant
les années passées dans son
service.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Nous le remercions de sa bien-
veillance et l'assurons de
notre respectueux et très
profond attachement.

A Monsieur le Docteur Pierre CLERC

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
de Paris

Qui nous a inspiré ce travail et
nous a aidé dans sa réalisation
avec beaucoup de bienveillance.

Avec notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur J.-J. DEBAIN

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
de Paris

A Monsieur le Docteur PIALOUX

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux
de Paris

Qui nous ont fait profiter de
leur enseignement au cours de
nos années de spécialisation.

Qu'ils veuillent bien agréer
cette marque de reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jacques SIARDET

Chef de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a très amicalement
guidé dans l'élaboration de
ce travail.

Témoignage d'amitié.

A tous ceux qui nous ont enseigné

Hommage respectueux.

LES HEMOTYMPANS IDIOPATHIQUES
ETUDE PATHOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE

- :-

INTRODUCTION

--

Bien que rare, l'hémotympan idiopathique pose de difficiles problèmes pathogéniques et thérapeutiques. Notre but est d'essayer de les clarifier.

Notre travail se fondera sur l'analyse de vingt et une observations d'hémotympan idiopathiques, dont deux inédites. Ce sont les seules que nous ayons pu relever dans la littérature, malgré les cas nombreux de tympan bleus publiés jusqu'ici.

Pour plus de clarté, nous les résumerons sous la forme d'un tableau où, en regard du nom de l'auteur, sont exposées les principales caractéristiques du cas qu'il a publié.

--

L'examen de ce tableau montre que ces observations sont de valeur inégale.

Dans cinq cas le diagnostic d'hémotympan peut se discuter, car il n'y a eu ni paracentèse exploratrice, ni écoulement brunâtre évocateur. Or la présence de liquide "chocolat" dans la caisse du tympan est un élément majeur du diagnostic d'hémotympan idiopathique. Dans les observations, par ailleurs excellentes, de SHEPPARD et de VIOR, l'abstention de la paracentèse est motivée par la très légitime crainte d'une protrusion du bulbe de la jugulaire. Quant aux deux cas de O'DONNELL, ils ont guéri définitivement après simple ablation des amygdales et des végétations. On ne peut s'empêcher de penser à la possibilité d'une otite aiguë moyenne à forme hémorragique. Dans le dernier cas examiné par BONNET-FANT aucun moyen thérapeutique n'a été mis en oeuvre en raison de l'âge avancé du sujet. Etant donné l'incertitude du diagnostic dans ces cinq cas, il nous paraît préférable de les éliminer.

Cinq autres cas, bien que d'authentiques hémotympan vérifiés par paracentèses, n'ont pas été explorés chirurgicalement. Ce sont les observations : de SHAMBAUGH et FOWLER qui, après avoir mis en évidence par des paracentèses répétées le liquide pathognomonique des tympan bleus idiopathiques n'ont pas poussé plus avant leurs investigations ; de KLER qui conclut à un catarrhe tubaire bilatéral ; de MENCK-THYGESEN dans sa première observation, où le malade refuse tout acte opératoire, de plus il s'agit là d'un tympan bleu bilatéral, seul cas décrit à ce jour ;

de JOHNSTON dans sa deuxième observation, où il y a eu opposition familiale à l'opération radicale. La clinique étant insuffisante dans le domaine de la recherche étiologique, il est difficile, en l'absence d'une exploration chirurgicale, d'admettre le caractère idiopathique de ces hémotympan. Pour la clarification du sujet il nous semble donc également utile de les éliminer du cadre de cette thèse.

En fait, neuf observations demeurent, comportant paracentèse et exploration chirurgicale. Parmi elles, cinq seulement ont été explorées complètement grâce à un évidement pétro-mastoïdien (RANGER - premier et deuxième cas ; SIMONTON ; deuxième cas de SHEEHY et coll. ; HALL). Les quatre autres n'ont subi qu'une mastoïdectomie simple. Elles ne peuvent être considérées comme entièrement explorées. Cependant, deux parmi elles ont guéri après l'intervention, laissant supposer que le point de départ de l'affection se trouvait bien dans les cellules mastoïdiennes, l'antre ou l'aditus ad antrum. On peut donc admettre qu'il s'agit là d'hémotympan idiopathiques authentiques. Par contre, les deux autres cas n'ayant pas guéri après mastoïdectomie simple, on peut supposer que les lésions initiales siégeaient ailleurs et qu'une exploration plus poussée les aurait peut-être découvertes. Nous éliminerons également ces deux cas (premier cas de JOHNSTON ; troisième cas de SHEEHY et coll.).

Il reste donc en définitive sept cas certains d'hémotympan idiopathiques :

RANGER, 1949	2 cas
MENCK-TYGESEN, 1952	1 cas
SIMONTON, 1953	1 cas
SHEEHY et coll. 1956	
(1ère et 2ème observ.)	2 cas
HALL, 1957	1 cas

Nous allons essayer, en nous basant sur ces données, de faire une description d'ensemble de cette curieuse affection et d'examiner les hypothèses pathogéniques les plus plausibles.

DEFINITION :

Bien que certains auteurs utilisent le terme de "tympan bleu idiopathique" la dénomination "Hémotympan idiopathique" nous paraît mieux définir la maladie.

Sa définition comporte selon nous Trois termes obligatoires :

- 1° épanchement d'un liquide sanguinolent dans les cavités de l'oreille moyenne.
- 2° évolution chronique, avec reproduction du liquide après chaque évacuation
- 3° Absence de cause décelable par les moyens d'exploration actuels.

Ce dernier terme est celui qui actuellement justifie le plus la séparation de l'affection qui nous intéresse en un cadre nosologique distinct. C'est également celui dont le domaine ira sans doute en se rétrécissant au fur et à mesure que les moyens d'exploration de l'oreille moyenne deviendront plus précis et plus faciles.

ETIOLOGIE :

L'âge et le sexe ne semblent pas jouer un rôle déterminant. Dans les sept observations retenues, l'âge des malades s'échelonne entre neuf et quarante neuf ans. Trois malades sont du sexe féminin et quatre du sexe masculin.

L'unilatéralité de l'affection est un fait

frappant. Un seul cas d'hémotympan bilatéral a été rapporté, celui du premier malade de MENCK-TYGENSEN (non retenu).

L'étude des antécédents fait apparaître un autre facteur quasi constant et qui nous paraît important. C'est l'existence, dans tous les cas sauf un, d'otites dans un passé plus ou moins récent. Le cas qui fait exception est la deuxième observation de RANGER, dans les antécédents duquel l'otite n'est pas mentionnée. Ce malade souffrait de surdité avec bourdonnements et accès vertigineux.

L'association avec une malformation est signalée dans deux cas. Une hémiatrophie faciale congénitale du côté opposé à celui de l'hémotympan (premier malade de RANGER). Une anomalie de la portion horizontale du nerf facial du même côté (nerf à nu, quatre fois son diamètre habituel). Ce malade se plaignait de douleurs cervico-faciales homolatérales (cas de JOHNSTON). Il semble qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance à ce dernier caractère.

TABEAU CLINIQUE :

Le tableau clinique est simple et univoque, conférant une incontestable individualité à la maladie.

Le malade est examiné le plus souvent à l'occasion d'une surdité avec otalgie habituellement réduite à une simple sensation de pesanteur. Certains malades ont été vus pour la première fois pour une otite suppurée ou pour un écoulement sanguinolent.

La coloration tout à fait insolite, bleu-noir, du tympan est le signe qui attire l'attention. Elle s'explique par la vue par transparence, à travers la membrane du tympan, d'une collection sanguinolente remplissant

la caisse. Elle disparaît après paracentèse, puis reparait sous forme d'un niveau liquide mobile envahissant le tympan de bas en haut. Deux caractères importants sont notés :

- 1° l'aspect normal du tympan, sa coloration mise à part, avec ses différents repères bien visibles.
- 2° l'immobilité, souvent associée à une certaine rétraction.

Ce dernier caractère est important pour le diagnostic différentiel avec un tympan bleu par anomalie vasculaire.

La flaccidité et une certaine insensibilité du tympan lors des paracentèses sont signalées par certains auteurs. Elles sont inconscientes, non retrouvées par d'autres.

Lorsqu'il existe une surinfection, on constate les signes habituels de l'otite suppurée. En cas de perforation, l'écoulement brunâtre est évocateur.

L'état de la trompe d'Eustache est variable :

- perméable dans cinq cas ;
- imperméable dans un cas ;
- non précisé dans un cas.

L'état du rhino-pharynx est également variable :

- normal dans deux cas ;
- avec végétations dans deux cas ;
- non précisé dans trois cas.

La surdité à type de transmission est constante, L'audiogramme, dans les cas où il a été fait, montre une courbe aérienne

abaissée de 35 à 40 db, la courbe osseuse est en général aux alentours de 5 à 10 db. Le Weber est latéralisé sur toutes les fréquences du côté malade. L'indice O de Sullivan est à 0. Le Gellé est positif. Il y a une tympano-ossiculo-sclérose mais l'étrier n'est pas bloqué dans la fenêtre ovale. La paracentèse permet d'améliorer, mais pour un temps très court, la courbe audiométrique avec gain de 15 db sur la courbe aérienne ; le Weber devenant indifférent.

L'examen radiologique de la mastoïde montre des images constantes :

- une pneumatisation de degré variable.
- surtout, un aspect flou, constant, des cellules mastoïdiennes. C'est cet aspect radiologique de la mastoïde du côté malade qui a incité RANGER, pour la première fois, à aborder la mastoïde dans un but à la fois explorateur et curatif.

L'angiographie enfin, a été tentée une fois, par HALL, sans succès.

Si schématique et évocateur que soit ce tableau, seule la paracentèse, après élimination formelle d'une anomalie vasculaire, permet d'affirmer l'hématympan. Elle ramène un liquide tout à fait caractéristique : brunâtre, visqueux, "chocolat", comparable au liquide sanguinolent retiré d'un hématome un peu veillé. C'est de toute évidence du sang hémolysé, comme en rend compte la positivité de la réaction de Van den Berg indirecte. Ce liquide témoigne donc d'un saignement chronique dans les cavités de l'oreille moyenne.

L'examen microscopique de ce liquide montre:

- a) l'existence - de cristaux de cholestérol ;
- de quelques rares débris

cellulaires (lymphoïdes 40%
épithéliales 25% - polynu-
cléaires 35%).

- b) l'absence de germes, confirmée par
l'ensemencement.

L'hémogramme, les épreuves de coagulabilité
sont normaux.

L'EVOLUTION spontanée ou sous traitement
médical (évacuation répétée par paracentèses)
met en évidence un deuxième caractère impor-
tant de l'affection : la chronicité et la re-
production plus ou moins rapide de l'épanche-
ment. Après chaque évacuation, et pour peu
de temps, l'audition s'améliore, la sensation
de gêne disparaît et le tympan reprend son
aspect normal.

L'intervention chirurgicale, par contre
peut entraîner la guérison. Ainsi dans les
sept cas que nous avons retenus, l'interven-
tion est suivie de six guérisons pour un
échec (SIMONTON). Quelques réserves sont à
faire cependant au sujet des guérisons :

1° Quelques unes des observations ont
été publiées sans recul suffisant.

2° Dans la deuxième observation de RANGER,
la guérison est obtenue avec persistance,
huit mois après l'intervention, d'une petite
surface postérieure bleutée ne montrant au-
cune propension à l'extension.

3° Enfin, il est évident que la guérison
n'est obtenue que grâce à l'extirpation du
point hémorragique, même si la lésion n'a pu
être reconnue. Seule l'intervention chirurgi-
cale permet d'affirmer le caractère idiopa-
thique de l'affection, ou au contraire met
en évidence une lésion connue, auquel cas
l'hémotympan est purement symptomatique, ré-
vélateur.

- L'aspect macroscopique des lésions est toujours le même :

- tissu de granulations très hémorragique, remplissant les cellules mastoïdiennes, l'aditus ad antrum et la caisse du tympan (chaque fois qu'elle a été explorée).
- ce tissu de granulations est environné du liquide brunâtre déjà mentionné.
- la muqueuse est normale, ou un peu épaisse ; l'os, normal, ou ramolli et spongieux.
- la dure-mère a été explorée dans quelques cas, et s'est montrée normale.

- L'examen microscopique des fragments recueillis lors de l'intervention montre la même uniformité et la même absence de spécificité des lésions :

- le tissu de granulations est formé par un tissu fibreux infiltré de lymphocytes ;
- des cellules géantes multinucléées telles qu'on en rencontre autour des corps étrangers, enserrent des cristaux de cholestérol ;
- on note en outre des zones d'extravasation sanguine et des granules d'hémossidérine ;
- SHEEHY est seul à mentionner, dans sa deuxième observation, la présence de nombreux petits vaisseaux, sans précisions supplémentaires. Dans aucune observation l'anatomopathologiste ne mentionne l'existence de malformations vasculaires dans les fragments examinés.
- l'os des cellules mastoïdiennes est normal dans les quelques cas où son examen est mentionné.

- la muqueuse est normale, ou un peu fibreuse, épaissie.

La conclusion des anatomo-pathologistes est toujours la même :

hémorragie ancienne, ou inflammation chronique non spécifique.

DIAGNOSTIC :

Il apparaît clairement, d'après ce qui précède, que le diagnostic d'hémotympan idiopathique est un diagnostic d'élimination.

Le contexte rend en général évident le diagnostic de la plupart des tympans bleus : traumatismes, otites grippales, rares cas d'otite baro-traumatiques.

En pratique, deux étiologies se discutent:

1° Une anomalie vasculaire : il faut y penser systématiquement avant toute tentative de paracentèse. Il peut s'agir d'une protrusion du golfe de la jugulaire, ou d'un gros vaisseau aberrant, tel que, par exemple, la grosse veine constatée par PHILLIPS en 1914 sur le promontoire. Un hémangiome ou des varices peuvent être également responsables du tympan bleu.

Dans tous les cas, la teinte bleu-noir du tympan serait localisée (partie postéro-inférieure en cas de protrusion jugulaire).

On signale également comme caractère distinctif le bombement du tympan et parfois sa pulsatilité, exagérée par la compression jugulaire.

2° Une otite séreuse; elle simule de très près l'hémotympan idiopathique. Néanmoins, la couleur du tympan serait différente,

bleu-acier. Surtout, la paracentèse ne ramène pas le liquide visqueux, "chocolat" caractéristique.

Avant d'envisager les hypothèses pathogéniques, nous allons verser au dossier de l'hémo-tympan idiopathique deux observations inédites.

PREMIERE OBSERVATION :

(et nous remercions là le Docteur BONNENFANT d'avoir bien voulu nous la communiquer)

En février 1955, Mademoiselle C..., âgée de 25 ans, vient consulter pour une forte baisse de l'audition du côté gauche.

A l'examen, elle présente :

- un tympan droit normal.
- un tympan gauche bleu-noir, dont les reliefs apparaissent, par ailleurs normaux.
- les tympans droit et gauche sont sensibles au toucher, donc non anesthésiques.
- aucun passé otitique n'est relevé dans les antécédents.
- le rhino-pharynx est normal, la trompe est perméable.

Audiométrie : l'audiogramme montre une baisse de 30 db sur la courbe aérienne ; la courbe osseuse est sur la ligne des 5 db.

Les paracentèses répétées laissent écouler un liquide brunâtre, "chocolat", visqueux, sang hémolysé.

Elles donnent à chaque fois une amélioration transitoire de l'audition et de la coloration du tympan. Cependant les mêmes symptômes réapparaissent après un temps très court.

La radiographie montre simplement un flou des cellules mastoïdiennes.

Les interventions :

1) En février 1956, une première intervention est décidée : c'est une exploration de la caisse par soulèvement du tympan faite par le Docteur CLERC (Paris).

Elle montre un sang hémolysé qui coule dans la caisse venant de l'aditus ad antrum.

Au vu de cet écoulement le Docteur CLERC décide d'aller explorer la mastoïde à la recherche du point qui saigne.

2) En Avril 1956 mastoïdectomie simple faite à la fraise.

On note une prolifération granuleuse de la taille d'un petit pois, située en haut et en arrière contre la coque sinusienne, que l'on prélève.

Fermeture et pansement habituels.

L'analyse du prélèvement montre :

1° à l'examen bactériologique : coloration Gram et Ziehl Nelsen :

- amicrobie apparente.
- la recherche du bacille de Koch a donné un résultat négatif.

2° à l'examen anatomo-pathologique :
petite masse tissulaire dans laquelle on reconnaît de nombreuses lacunes de cristaux aciculaires (cholestérine ou acides gras) entourées de cellules géantes à corps étrangers.

En somme, il s'agit d'un petit cholestéatome, dont la formation est en rapport avec l'accumulation de produits de desquamation,

provenant d'un revêtement malpighien (Pr. OBERLING).

La malade, revue le 28 Août 1957 présente :

- un tympan gauche de coloration normale, mais rétracté.

- une audition dont l'amélioration est vérifiée à l'audiogramme : on note un gain de 20 db.

Il s'agit donc ici encore d'une observation où l'intervention a permis d'obtenir la guérison.

o

DEUXIEME OBSERVATION

(cas vu et traité dans le service du Professeur A. AUBIN - Hôpital Lariboisière - Paris).

En décembre 1956, Monsieur J. P.. C., âgé de 30 ans, se présente à la consultation O.R.L. pour baisse de l'audition prédominant à droite.

Antécédents :

Depuis 1952 catarrhe tubaire bilatéral, avec amélioration l'été.

En Août 1956, sinusite aiguë fronto-maxillaire bilatérale traitée médicalement.

En Octobre 1958, Cadwell-Luc droit (Hôpital Militaire de Bégin - Paris).

A l'examen du 14 décembre 1956, on note :

outre la reprise de céphalées frontales avec mouchage purulent à droite, une hypoacousie bilatérale prédominant à droite.

Nez-Sinus : - pas de points douloureux sinusiens,
- une muqueuse nasale congestive,
- radio des sinus : normale (après Cadwall-Luc.)

Oreilles :

- à droite où depuis Août 1956 le malade accuse une très forte hypo-acousie, l'otoscopie montre :

- un tympan rétracté, de coloration bleu-noir, dont les reliefs sont respectés.
- le tympan est mobile au speculum de Siegle.

- à gauche : hypo-acousie également, mais moins accusée. A l'otoscopie aspect d'otite séreuse.

On pratique, alors, du côté droit une ponction rétro-tympanale, qui permet de retirer un liquide sirupeux, brunâtre, "chocolat" type sang hémolysé.

La Radiographie montre les images suivantes :

- Schuller : mastoïde droite éburnée.
- Chausse III : image normale.
- Trou déchiré postérieur droit : normal (pas de glomus)

Le 8 Janvier 1957 : le tympan droit est toujours bleu noir.

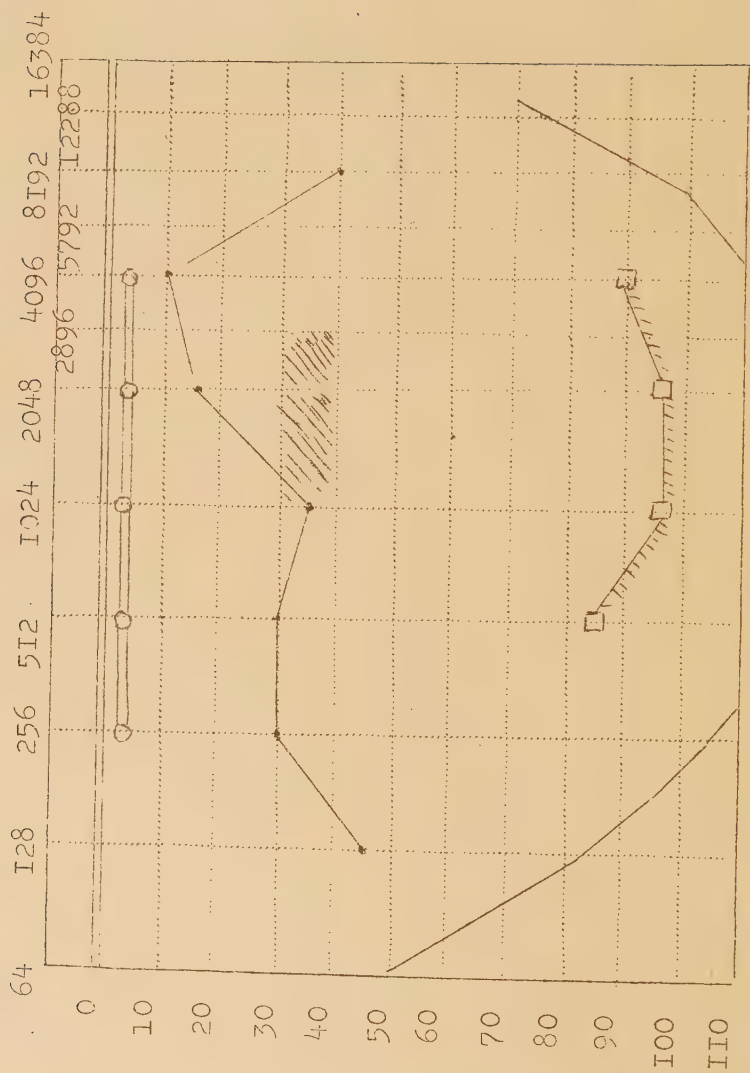
On pratique une paracentèse avec insufflation tubaire correspondante.

Elle permet de recueillir une petite gelée sanglante.

L'amélioration de l'audition est nette ; le tympan se décolore.

Le 22 février 1957 :

Le tympan droit est bleu, vascularisé, rétracté ; une grosse bulle se distingue au



Audiogramme du 29 Avril 1957

Oreille droite

quadrant postéro-inférieur.

Au diapason : le Weber est latéralisé du côté droit.

Sur avis des Docteurs CLERC et SIARDET, on décide une exploration de la caisse.

Le 30 Avril 1957 :

Jour prévu pour l'intervention, on note à l'otoscopie un tympan de couleur normale, une audition améliorée. On décide de surseoir à l'opération ; le malade sera revu dans un mois.

L'audiogramme fait la veille montrait une perte de 30 db sur les fréquences graves, du 250 au 1000, en conduction aérienne.

La courbe osseuse est sur la ligne des 5 db.

Le 25 mai 1957 :

Le tympan de nouveau est bleu. L'audition a baissé, l'audiogramme fait ce jour montre une perte de 40 db sur toutes les fréquences conversationnelles en conduction aérienne. L'intervention est décidée.

Le 28 mai 1957 :

Exploration de la caisse (Docteur CLERC).
Anesthésie générale.

Compte rendu opératoire :

- Vaste conduit.
- Tympan bien visible sous grossissement 6.
- On aperçoit la caisse par transparence ; l'aspect bleuté semble être dû à une lésion rétro-tympanique.
- Le tympan lui-même paraît normal. Le manche du marteau est recouvert d'un épiderme congestif.
- Incision habituelle du conduit de 12 heures à 6 heures, à 1 cm du tympan. Peau d'aspect normal.

- Toute la paroi postérieure du conduit est ruginée jusqu'au sulcus qui apparaît très nettement.

- La caisse est ouverte juste au-dessous de la scissure tympano-pétreuse. L'ouverture donne issue à un liquide marron clair filant, ayant l'aspect de sang hémolysé.

- Le tympan est alors décollé, d'abord vers le bas, puis vers le haut, de façon à exposer la caisse dans son entier (grossissement 16 et 24).

- La région de la fenêtre ronde, la première visible, et le promontoire avoisinant sont couverts d'une muqueuse épaissie d'aspect légèrement fongueux.

- La recherche de la branche descendante de l'enclume et de l'étrier montre que cette région est cachée dans une masse fongueuse très importante, polypoïde que l'on cherche à libérer peu à peu.

- La corde du tympan dégagée a été refoulée en bas et en avant.

- Cette masse fongueuse sous laquelle est noyée la corde adhère en avant au sulcus qui a été refoulé et elle en est séparée à l'aide d'un fin bistouri.

- La poursuite de l'action libératrice est gênée par le ligament tympano-malléolaire postérieur très fibreux, très résistant. Il est lui aussi incisé au bistouri.

- Afin de mieux apercevoir la région de l'attique et de la fenêtre ovale on enlève une partie de la région postéro-supérieure du conduit osseux. Peu à peu on essaie de libérer étrier et enclume de cette masse fongueuse.

- A l'aide de l'aspiration continue et avec une pince à polypes d'oreille on finit par extraire une partie des fongosités.

- Le champ opératoire est à peu près dégagé et on aperçoit parfaitement la branche descendante de l'enclume, le muscle de l'étrier, l'étrier lui-même, dont le muscle est sectionné au cours des manoeuvres de libération.

- L'entrée de la fenêtre ovale est recouverte d'un voile fibreux, mais toutes les formations sont parfaitement mobiles.

- Un petit écoulement séro-sanguin de peu d'abondance envahit la fenêtre ovale.

- Il semble donc que les lésions responsables de l'hémotympan sont liées à cette réaction hyperplasique oedémateuse.

- Le tympan est alors rabattu. Pansement habituel .

Anatomie pathologique :

Le prélèvement ne montre que du tissu scléreux riche en cellules et ne permet aucun diagnostic.

Le malade sort le 1er Juin 1957, avec une audition très améliorée et un tympan de coloration normale.

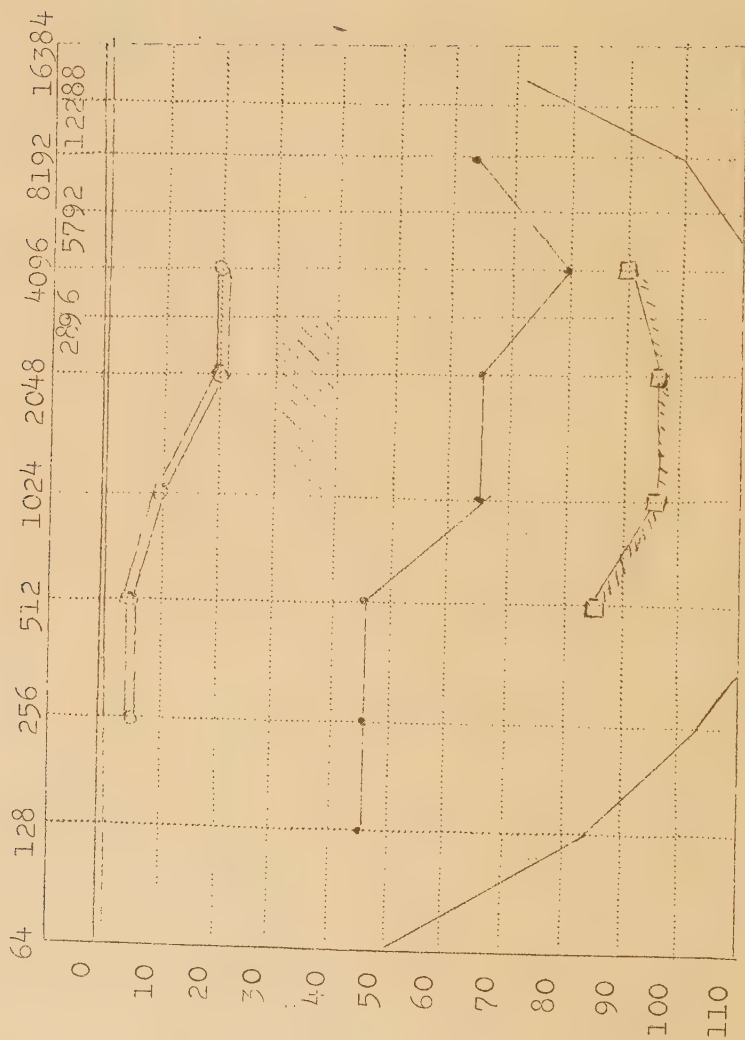
Le 28 Juin 1957 :

Le tympan est de nouveau bleu-noir ; l'audition accuse, à l'audiogramme, une perte de 40 db en conduction aérienne dans la zone des fréquences conversationnelles.

On ordonne, alors, une série de douze séances de radiothérapie anti-inflammatoire de la région mastoïdienne droite.

Le 10 Juillet 1957 :

Les résultats en semblent peu probants. On envisage, dès lors, une mastoïdectomie simple à la recherche du point qui saigne.



Audiogramme du 10 Juillet 1957

Oreille droite

Post-opérateur (oreille droite)

Le 20 Janvier 1958 :

- Le tympan est rétracté, de coloration normale.

- La surdité persiste malgré la disparition de la coloration bleue.

- On propose la mastoïdectomie simple au malade qui l'a refusée jusqu'à ce jour.

- Cette intervention ne montrera probablement aucune lésion. L'exploration de la caisse a montré des lésions suffisantes pour expliquer l'hémotympan.

o

PATHOGENIE

De ces différentes observations, quelles données pathogéniques peuvent se dégager ?

L'intervention exploratrice et l'examen histologique n'ayant jusqu'ici révélé aucune lésion caractéristique, on en est réduit aux hypothèses.

Deux faits peuvent être considérés comme établis et servir de point de départ à l'interprétation pathogénique de la maladie.

1° Les antécédents d'otite récente ou lointaine, constamment retrouvés.

2° Le caractère hémorragique de l'épanchement réalisant un véritable hématome de l'oreille moyenne.

Une hypothèse d'approche, soutenue par certains auteurs, est de considérer l'hémorragie comme secondaire à une dépression de l'oreille moyenne par obstruction de la trompe d'Eustache. Mais en regard de l'extrême

fréquence de l'otite baro-traumatique et des otites de toutes sortes, le caractère tout à fait exceptionnel de l'hémotympan idiopathique est insolite. Il est probable que la dépression de l'oreille moyenne joue un rôle déclenchant, mais il est difficile de la considérer comme une cause suffisante.

Un deuxième facteur semble nécessaire. Ce facteur paraît devoir être une fragilité capillaire localisée à un point quelconque de l'oreille moyenne. Cette fragilité pourrait être un tout petit angiome ou une varicosité. La dépression, voire la simple inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne lors d'une otite, pourrait alors suffire à rompre une paroi vasculaire fragile, entraînant un saignement plus ou moins prolongé, peut-être entretenu ou renouvelé par les tentatives d'évacuation de l'épanchement.

Comment expliquer la constante négativité des explorations chirurgicales et des examens histologiques ? Tout d'abord par la ténuité des lésions, camouflées par la réaction inflammatoire secondaire ; ensuite par la difficulté d'une exploration minutieuse de la totalité de la surface muqueuse des cavités de l'oreille moyenne, d'autant plus qu'on est considérablement gêné par les masses fongueuses du tissu de granulation. Quant à la trompe d'Eustache, elle, elle n'est pratiquement pas explorée. Enfin, une troisième raison pourrait être l'absence de coupes en série et d'examen microscopique de l'ensemble du matériel recueilli.

Dans les cas futurs, il est donc souhaitable :

1° d'explorer aussi complètement et aussi minutieusement que possible l'oreille moyenne, en prenant son temps et en utilisant,

si possible, un microscope binoculaire, avec fort grossissement.

2° D'examiner soigneusement la totalité du tissu de granulation, des fragments de muqueuse et d'os recueillis.

Il est probable que, grâce à ces précautions, des lésions jusqu'ici méconnues soient identifiées, enlevant toute raison d'être à ce chapitre de la pathologie.

Si cette hypothèse ne se vérifiait pas, on pourrait imaginer une autre alternative, moins satisfaisante pour l'esprit. Des saignements prolongés ou répétés finiraient par déborder la capacité d'absorption de la muqueuse. Le caillot tendrait alors à s'organiser en un tissu de granulations chronique, qui pourrait secondairement évoluer pour son propre compte et entretenir le saignement.

TRAITEMENT :

L'évacuation répétée par paracentèse, associée ou non au cathétérisme tubaire, a toujours été jusqu'ici le premier geste thérapeutique. C'est l'échec de ce traitement, conjointement avec la constatation d'une anomalie mastoïdienne radiologique, qui incite à intervenir.

Il ne semble pas que ce soit la meilleure attitude ; car, on ne peut éliminer l'hypothèse que ces évacuations répétées ne favorisent le saignement par la déplétion qu'elles entraînent. Après la première paracentèse, nécessaire au diagnostic d'hémotympan, il nous semble préférable de surveiller le malade pendant un temps assez long, en évitant la surinfection et en éliminant au besoin les causes qui la favorisent (végétations par exemple).

Si, au bout de plusieurs mois, le tableau reste inchangé ou s'aggrave, plutôt que de

perdre du temps à essayer une radiothérapie inefficace, il faut se décider à pratiquer une exploration chirurgicale complète. Ce qui ne signifie pas nécessairement faire un évidement pétro-mastoïdien, ni une opération en un temps. Il semble logique de commencer par une intervention d'exploration de la caisse par soulèvement du tympan. Si aucune cause n'est trouvée, et si la guérison n'est pas obtenue après un certain temps, on complètera par une mastoïdectomie simple. Celle-ci est même souhaitable, pour éliminer un tissu de granulations cloisonné par les cellules mastoïdiennes, de résorption difficile, et pouvant par surcroît devenir une source secondaire de saignement. L'évidement pétro-mastoïdien partiel, enfin, pourrait être envisagé si nécessaire.

CONCLUSIONS

--

Nous retiendrons :

1° Au point de vue pathogénique l'hypothèse très vraisemblable d'un "point hémorragique" siégeant dans l'antre ou la caisse, de taille microscopique, lié le plus souvent à du tissu de granulation lui-même secondaire à une atteinte inflammatoire très atténuée.

2° L'absolue nécessité au point de vue thérapeutique, de son éradication, seule capable d'obtenir la guérison, et nécessitant d'abord l'exploration chirurgicale de la caisse par la voie du conduit, en soulevant le tympan, puis, si nécessaire, l'exploration minutieuse des cellules mastoïdiennes.

--

Vu :
Le Président :
signé : A. AUBIN

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BAQUERO GARRIDO E.G. et ORTEGA GARCIA A.
Hémotympan idiopathique
Acta O.R.L. Ibero-am. 1955 n° 6
427-439 (Bibliogr.) (rés. franç.).

BIERCERELO S.R.
Contribution à l'étude du tympan bleu :
1 cas
Revista clin. Castellana 1932 Tome I
1954

BOREES A., FORTES et SALEM W.
Le tympan bleu ; un cas rare de surdi-
té centrale avec amaurose unilatérale
et confusion mentale
Hospital (Rio de Janeiro) oct. 1938
941-945

FOWLER E.P. Jr
In Medecine of the Ear, 2nd Ed. pp.
183-184 Thomas Nelson & Son New-York
1947

HALL J.G.
Blue eardrum
Acta Oto-laryngologica (Stockholm)
1957 47 / 3 mars

HERRERO VIOR P
Sur un cas de tympan bleu
Medicamenta num. 200 p. 364. 1951

JOHNSTON W.R.

Le problème du tympan bleu. L'hémo-
tympan idiopathique
Laryngoscope nov. 1953 63 n° II 1096-
1117 3 fig. (Bibliogr.)

KLER J.H.

Tympan bleu
Ear, Nose and Throat monthly janv. 1948
27-29

MENCK-THYGESEN P.

Acta Oto-laryng. 42 280 1952

MONTEIRO A.

Le tympan bleu
Ztschr. f. Hals-Nasen u. Ohrenh. 1939
45 242 -246

O'DONNEL J.H.

Tympan bleu ; un hémotympan idiopathi-
que chez l'enfant
Brit.Med.J. 19 Juil. 1941 2 86

PHILLIPS W.C.

Ann.Otol. Rhin. & Laryng. 23 478 1914

RANGER D.

Hémotympan idiopathique
The Journ. of Laryngology 1949 LXIII
p. 672

SATO H. TAKAHASKI M., FUKUTA O.

Etiologie de la décoloration bleue du
tympan
Otolaryngology (Nippon Zibi Inkoka Kaiho)
(Tokio) 1956 28/7 July p. 3

SHAMBAUGH G.E.

Arch. Otolaryng. 10 217 sept 1929

SHEEHY J.L. et Mc KIBBEN B.G.

L'hémotympan idiopathique, revue de la
littérature et relation de 3 cas
Laryngoscope oct. 1956 66 n° 10
1291-1302 (Bibliogr.)

SHEPPARD J.E.

Ann. Otol. Rhin. & Laryng. 23 480 1914

SIMONTON K.M.

Laryngoscope 65 342 May 1955

TERKILDSSEN K.

Contribution au problème du tympan bleu:
l'hémotympan idiopathique
Laryngoscope déc. 1956 66 n° 12 1582-
1586 (Bibliogr.)

